

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Novembre 1903, à 1 heure

PAR

Edouard GIROD

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

MALADIE DE BASEDOW
A FORME FRUSTE

Président : M. DÉJERINE, professeur

Juges : MM. TILLAUX, professeur

WALTHER et TESSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

—
1903

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DÉJERINE

J'adresse un souvenir respectueux et reconnaissant à la mémoire de mes deux premiers maîtres dans l'externat (Hôpital Cochin, 1900).

M. le docteur BOUILLY

M. le docteur BOUGLÉ

tous deux enlevés presque en même temps à l'affection de leurs élèves.

Je prie tous mes maîtres dans les hôpitaux de Paris d'accepter le témoignage de ma sincère gratitude :

M. le docteur BRAULT *Lariboisière*

EXTERNAT 1901

M. le docteur PICQUÉ

M. le docteur MAUCLAIRE, professeur agrégé

Bichat. — EXTERNAT 1902.

M. le docteur RECLUS, professeur agrégé.

Pitié. — 1897

M. le docteur BROCA, professeur agrégé, 1896

M. le docteur FAISANS *Pitié*. — 1898

M. le docteur CAUSSADE *Hôtel-Dieu*. — 1899

M. le docteur RIEFFEL *Cochin*. — 1899.

M. le docteur SIREDEY *Saint-Antoine*. — 1900

M. le docteur BRINDEAU *Saint-Antoine*. — 1903

M. le docteur ENRIQUEZ *Hôtel-Dieu*. — 1903

Je remercie M. le professeur BRISSAUD d'avoir bien voulu m'accorder récemment une place dans son service et M. Grenet, interne des hôpitaux, dont les conseils amicaux me sont précieux.

Je remercie, M. docteur Parinaud et M. le docteur Roche, ancien interne des hôpitaux, de leur bienveillant accueil dans la clinique ophtalmologique de la rue Ballu.

Mon ami Jules Broca a collaboré à ma thèse en me fournissant une observation intéressante. Je suis heureux d'écrire son nom ici en témoignage de sincère affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153322_0095

MALADIE DE BASEDOW

A FORME FRUSTE

INTRODUCTION

Pendant notre deuxième année d'externat que nous avons eu le bonheur d'accomplir dans le service de M. le Dr Brault à Lariboisière, parmi les nombreuses observations cliniques que nous avons pu recueillir, il en est deux qui attirèrent plus particulièrement notre attention. Elles nous ont été fournies par deux malades de la salle des femmes, dont l'une fit à Lariboisière un séjour de deux mois environ et l'autre plusieurs séjours successifs, entrecoupés de périodes de convalescence au Vésinet. Ces deux malades nous parurent intéressantes par la durée de leur hospitalisation qui nous permit un examen suivi, mais surtout par la singularité de leur affection, commune par bien des points et par leur rapprochement fortuit, en même temps et dans la

même salle. Il s'agissait de deux cas de maladie de Basedow ; l'un, comme on le verra, était nettement caractérisé, mais avec un ensemble de signes prédominants ; quant à l'autre, il se présentait, du moins au début, avec un seul groupe de manifestations du syndrome de Basedow : les troubles cardiovasculaires ; le diagnostic longtemps en suspens ne fut fixé que par un examen minutieux, grâce à la durée de l'observation clinique.

Sur le conseil de notre maître, M. le D^r Brault, nous avons choisi ces deux cas pour en faire l'objet de notre thèse, travail modeste, personnel, bien qu'il n'ait rien d'original, après tout ce qui a été écrit sur la maladie de Basedow.

*
* *

Au cours de notre thèse nous emploierons le nom de maladie de Basedow de préférence à celui de goitre exophtalmique.

Le nom de goitre exophtalmique a tout d'abord ceci de défectueux, qu'il représente une faute grammaticale que l'usage fait oublier, l'exophtalmie étant un symptôme comme le goitre et non une qualité de celui-ci.

Cette remarque pourrait sembler puérile, car les expressions de ce genre abondent dans le vocabulaire médical, si le terme de goitre exophtalmique ne présentait un autre défaut plus sérieux, surtout à notre point de vue. En mettant en relief l'hypertrophie de

la thypoïde et l'exorbitisme, il préjuge de la nature de la maladie, alors qu'elle n'est actuellement qu'un syndrome clinique, à pathogénie encore obscure et sans substratum anatomique constant. Il exprime à la fois trop et pas assez : trop, puisque dès le début de l'histoire clinique de la maladie, nous trouvons, notamment dans les leçons de Trousseau des cas de Basedow tantôt sans goître, tantôt sans exophtalmie ; pas assez, car depuis longtemps on a ajouté aux deux signes précédents les troubles circulatoires qui ne sont pas négligeables, et plus, récemment, le tremblement qui mérite une place à côté de l'ancienne triade.

C'est pourquoi nous préférons le nom de Maladie de Basedow ou mieux Syndrome de Basedow. Le nom propre, dont on abuserait un peu dans la littérature médicale, si l'on en croit du moins bon nombre de candidats aux concours, le nom de propre trouve bien sa place ici. Il a le réel avantage de ne présenter par lui même qu'une signification historique ; pour le reste, il est une étiquette suffisante qui abrite d'une façon générale tous les éléments connus de ce complexe symptomatique et laisse le champ libre aux investigations nouvelles, dans une affection dont le cadre nosologique est encore largement ouvert.

Quant à la priorité de Basedow ou de Graves, l'histoire nous a suffisamment éclairés ; dans le langage courant il faut choisir l'un ou l'autre, à moins toutefois de les réunir ensemble pour tout concilier.

*
* *

Dans notre travail, fait à un point de vue purement clinique, nous nous occuperons principalement des troubles de l'appareil circulatoire.

Dans une première partie nous exposons les faits d'observation qui établissent l'importance comparée des manifestations cardio-vasculaires successivement dans les formes ordinaires, dans les formes avec prédominance d'un symptôme et dans les formes frustes du syndrome de Basedow.

La seconde partie est consacrée au diagnostic des formes frustes réduites plus ou moins aux seuls troubles circulatoires.

La troisième partie comprend quelques notes de thérapeutique.

PREMIÈRE PARTIE

Le syndrome de Basedow considéré dans son ensemble nous frappe par le caractère suivant : la variété des symptômes observés et leur dissémination sur la plupart des viscères.

Parmi ces symptômes, les uns sont très apparents à la vue, ils attirent d'eux-mêmes l'attention, soit du malade, soit plus souvent de l'entourage : les autres, au contraire, sont plus discrets et quelques-uns même pour être découverts, demandent un examen systématique et minutieux.

Aussi, comme cela a lieu en général dans l'histoire clinique des maladies, les premiers observateurs du syndrome de Basedow, s'attachèrent tout d'abord à noter et à décrire les manifestations morbides les plus évidentes, auxquelles ils donnèrent involontairement un relief excessif au détriment des autres.

L'exophtalmie eut d'abord ce privilège : cette saillie anormale des globes oculaires, altérant l'harmonie du visage frappait le médecin comme la famille du malade.

Les cliniciens de l'antiquité l'avaient décrite : Aatius dit : « *Expèrimuntur oculi eliquando ut prominentes permaneant.....* » Longtemps, du reste, on n'invoqua pour l'expliquer que les seules causes d'or-

dre physique, l'effort musculaire, la lutte, la course, le travail de l'accouchement.

Il en est de même du goître : un gros cou, il est vrai frappe moins de prime abord qu'un œil saillant surtout chez la femme, dont le col du vêtement peut dissimuler la difformité ; mais précisément en raison de la plus grande fréquence chez la femme l'hyperthrophie thyroïdienne est rapidement signalée de la malade autant par esprit de coquetterie que par souci de santé.

*
* *

Ainsi donc, comme l'indique, le nom de goître exophtalmique, dont nous avons précédemment fait la critique, les premiers observateurs eurent une tendance à exagérer l'importance de ces deux symptômes, dits cardinaux.

Pourtant, dès que le complexe entre vraiment dans le domaine de la clinique, les autres symptômes sont consignés peu à peu avec leur juste valeur : tels sont les troubles de l'appareil circulatoire, objet de notre étude. Une phrase de Trousseau souvent citée, met les palpitations cardiaques nettement en relief à côté du goître et de l'exophtalmie. Dans les formes ordinaires de la maladie de Basedow, les troubles cardiaques ouvrent fréquemment la scène. « Les malades, dit Trousseau, se plaignent d'abord de palpitations cardiaques, bien avant que l'exophtalmie et le goître aient attiré leur attention ou celle des per-

sonnes qui les entourent. ». Huard écrit de même : « Dans le plus grand nombre de cas, la maladie débute par des palpitations du cœur accompagnées d'une légère dyspnée. »

D'autre part, dans sa thèse consacrée à l'étude de la maladie de Basedow chez l'homme, Daubresse, passant en revue successivement les différentes manifestations cliniques, attribue une place prépondérante aux palpitations cardiaques et aux signes tirés de l'exploration de l'appareil circulatoire ; il insiste particulièrement sur la fréquence du pouls qui atteint facilement 150 battements à la minute ainsi que sur les battements épigastriques.

Ce double fait de l'importance des troubles circulatoires, soit isolés au début, soit au cours de l'affection, se trouve confirmé dans les observations suivantes dont nous ne citons qu'un fragment utile.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Lucie D..., 28 ans, couturière, entre le 1^{er} juillet 1903 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Professeur Brissaud.

Malade depuis cinq ans, elle présente actuellement le syndrome de Basedow complet.

— Exophtalmie.

— Goître bien développé.

— Tachycardie avec palpitations.

— Tremblement.

— Thermophobie, troubles digestifs et génitaux, état mental, etc.

Les antécédents de famille ne présentent rien à signaler.

A part la rougeole et la coqueluche dans la première enfance, la santé fut toujours excellente jusque vers l'âge de 22 ans.

— La malade a toujours été vive de caractère sujette à de violentes colères sans motifs sérieux.

— Elle n'a jamais eu de crise nerveuse.

Vers l'âge de 20 ans la malade éprouve de temps à autre des accès de palpitations cardiaques avec essoufflement, presque toujours au moment de l'effort.

A 23 ans elle fait une chute et se blesse à la tête : à partir de ce moment les accès de palpitations reviennent fréquemment rendant très pénible l'ascension d'un escalier.

Peu après, apparaît le goître, puis l'exophtalmie avec le cortège des autres manifestations.

Actuellement : Palpitations fréquentes. Tachycardie. pouls : 30, régulier un peu augmenté d'intensité.

Nous empruntons à différents auteurs les observations suivantes qui se rapportent à notre sujet.

OBSERVATION II (Marie, I)

... La malade a commencé à avoir des palpitations à l'âge de 7 ans. Elle est gênée seulement par ses battements de cœur.

OBSERVATION III (Mignon, II)

Georges T... 28 ans, entre à Lariboisière en janvier 1883.
Mère basedowienne.

Réformé pour palpitations et amaigrissement. En 1886 : yeux saillants, thyroïde hypertrophiée. Tremblement. Sueurs.
Tachycardie : pouls fort et fréquent.

OBSERVATION IV (Huard, II)

... En mai 1849, avant tout autre symptôme X... se plaint de palpitations augmentées par le mouvement.

Tachycardie : Pouls : 120.

OBSERVATION V (Id., III)

L. . 21 ans : Basedow complet.

Il y a 3 ans il commence à éprouver des palpitations de cœur.
Pouls : 140.

OBSERVATION VI (Id., VI)

X... ouvrière : Basedow complet.

En 1849, éprouve une vive frayeur et immédiatement devient sujette à des palpitations de cœur.

Pouls : 108.

OBSERVATION VII (Id., XI)

X... : Basedow complet.

Au commencement de 1857, s'aperçoit que son cou a grossi. En même temps elle sent son cœur battre avec force.

OBSERVATION VIII (Renaut, I)

S... 34 ans : Basedow.

Au début, éprouve quelques palpitations qui se reproduisent plusieurs fois par jour à propos d'une émotion.

Pouls : 111.

OBSERVATION IX (Id., VII)

Basedow.

Début de la maladie il y a 5 ou 6 ans sans cause appréciable par des palpitations.

OBSERVATION X (Id., XIV)

D..., 28 ans, cigarière. Basedow.

Fut atteinte à la suite de frayeur, de palpitations violentes. Pendant 2 ans ce symptôme resta seul, elle ne s'en occupa pas et ne suivit aucun traitement.

OBSERVATION XI (Turgis, II)

X..., 25 ans. Basedow.

Au début : troubles digestifs et utérins avec palpitations de cœur.

OBSERVATION XII (Id., IV)

Femme 46 ans. Basedow. Au début : accidents nerveux et palpitations cardiaques.

OBSERVATION XIII (Chamaillard, I)

X..., Syndrome basedow complet.

Tachycardie. Pouls : 130.

Crises de palpitations avec lipothymie.

OBSERVATION XIV (Id., II)

Etudiant, 28 ans.

Le signe le plus frappant est la tachycardie, le pouls oscillant entre 120 et 140.

Exophtalmie.

Pas de goître.

Ces différentes observations n'établissent rien qui ne soit connu et mis en lumière dans les traités. « Le symptôme fondamental, essentiel, de la maladie de Basedow, dit M. le professeur Dieulafoy, c'est l'accélération des battements du cœur ». Toutefois le trouble fonctionnel de la circulation est bien rarement limité au cœur, la tachycardie n'en est qu'une partie ; presque toujours les artères réagissent de leur côté, et comme on l'a dit « battent pour leur propre compte. »

*
* *

Après l'examen des troubles cardio-vasculaires dans la maladie de Basedow (syndrome complet), nous nous proposons, dans les deux observations suivantes, dont l'une nous est personnelle, d'indiquer la place considérable que ces troubles peuvent occuper dans certaines formes, au point de masquer les autres symptômes. Ces formes ne sont pas rares : de tous temps elles ont attiré l'attention des observateurs ; parmi les nombreuses dénominations accordées tour à tour au syndrome basedowien, nous en trouvons deux qui, précisément s'appliquent à ces formes en mentionnant l'importance des manifestations cardiaques. Ces deux expressions sont :

— *Tachycardia strumosa*, etc.

— *Goître cardiaque*.

La première est de Lebert, la seconde de Teissier. Justes, en tant qu'elles s'appliquent à ces formes cli-

niques particulières, ces deux expressions sont passibles, au point de vue général, des mêmes critiques que :

Goitre exophtalmique.

Suivent les observations.

OBSERVATION XV (personnelle)

Mme T..., 41 ans, couturière. Vient consulter à l'hôpital Lariboisière au mois de juin 1901.

Depuis un mois environ elle souffre de fatigue générale avec affaiblissement et perte de poids.

D'anorexie avec diarrhée intense et d'accès de palpitations intermittentes accompagnées d'angoisse et de dyspnée légère

La malade admise à l'hôpital entre salle Aran, où nous l'examinons pour la première fois.

Antécédents héréditaires. — Le père sans maladie connue est mort à un âge avancé.

La mère est actuellement vivante et bien portante.

Des douze enfants dont se composait la famille de la malade, cinq seulement vivent aujourd'hui. Les autres sont morts en bas âge, pour la plupart, au-dessous d'un an : la malade ignore dans quelles circonstances,

Antécédents personnels. — Née dans le Loiret.

Dans la première enfance elle a successivement la variole et la rougeole.

A quinze ans elle vient à Paris où elle travaille d'abord dans la crèmerie.

Réglée à 17 ans, régulièrement et normalement pendant 3 jours.

A 21 ans : première et unique grossesse, normale ainsi que l'accouchement : l'enfant est vivant aujourd'hui.

A 23 ans elle entre à Lariboisière, dans cette même salle Aran, pour une fièvre typhoïde, de moyenne intensité. Après six semaines d'hôpital et un mois de convalescence, elle reprend son travail.

Quelques années plus tard, au cours de son métier fatigant, elle souffre de varices dans les membres inférieurs et doit prendre quelques périodes de repos. Puis elle a une phlébite de la jambe droite qui l'amène pour trois semaines à la Pitié.

Peu après, notre malade quitte la crémierie pour prendre son métier actuel de couturière.

Vers l'âge de 40 ans : métrorrhagie abondante, pendant 12 jours, à la suite d'une contrariété violente.

Néanmoins pendant une longue période qui précède la maladie actuelle, l'état général était très satisfaisant et la malade travaillait régulièrement.

Embonpoint moyen. Poids : 67 kg.

Caractère gai, un peu vif et nerveux, mais sans excès.

En mai 1901, la malade est prise de toux et de vomissements alimentaires qui se produisent tous les trois jours environ.

En même temps elle perd l'appétit, devient extrêmement agitée jour et nuit avec polypnée et angoisse précordiale.

Dyspnée et toux augmentent ; une hémoptysie se produit, et après un court séjour à la Charité, la malade se présente à Lariboisière.

Un peu avant, la malade s'est aperçue en lisant son journal, que ses mains tremblaient.

Ce qui attire tout d'abord l'attention c'est le caractère et le facies.

Extrêmement nerveuse et vive. La malade parle précipitamment, avant même qu'on l'interroge, et à tout moment il lui échappe des mouvements d'impatience. 4

L'œil est brillant, très légèrement saillant, donnant à la physionomie une expression étrange.

L'état général est précaire, la malade a perdu 8 kg en deux mois. Maigreur assez accentuée.

Elle appelle surtout notre attention sur son appareil respiratoire. L'examen révèle un peu de matité au sommet gauche, avec, aux bases, quelques râles de congestion disséminés.

Le cou est légèrement augmenté de volume en avant. La malade ne s'en est pas encore aperçue. La palpation révèle une hypertrophie faible du corps thyroïde, portant surtout sur le lobe droit.

Le tremblement est caractéristique; menu, rapide, vibratoire, intéressant le corps entier : on le perçoit plus nettement au niveau des cheveux qui s'agitent continuellement.

Crises de diarrhée fréquentes, en débacle.

Thermophobie.

Boulimie, vomissements.

Troubles menstruels. Atrophie des glandes mammaires. En un mot, la plupart des termes du syndrome de Basedow sont ici réunis, mais au premier plan viennent incontestablement les troubles de l'appareil circulatoire, déjà au moment de ce premier examen.

Les battements de la pointe sont énergiques, nettement visibles sous le sein dans le 6^e espace intercostal.

La matité cardiaque est un peu augmentée.

À l'auscultation, les deux bruits sont renforcés, surtout le bruit systolique à la pointe, le cœur est arythmique, les batte-

ments sont rapides, la tachycardie atteint 120 pulsations à la minute.

A la base du cœur le premier bruit se prolonge en un souffle assez intense à timbre liquidien : on l'entend bien au foyer aortique, plus bas il va s'atténuant, tandis qu'en remontant le long du sternum on le trouve plus intense : il s'entend jusque dans les vaisseaux de la base du cou. Ceux-ci battent violemment.

Le pouls est irrégulier de fréquence et d'intensité et assez difficilement comptable.

Au niveau des malléoles on note un peu d'œdème blanc à godet.

Le foie paraît un peu gros et le ventre légèrement distendu donne du tympanisme.

Respirations fréquentes : 25 à la minute. Urines normales.

Après quelques jours d'observations au régime lacté, on constate que les troubles circulatoires (œdèmes, congestions viscérales) vont s'accroissant. De plus, la malade maigrit et dépérit rapidement : la cachexie est évidente.

Les urines deviennent rares.

La digitale produit une amélioration réelle mais transitoire ; en augmentant l'excrétion urinaire et en ramenant le cœur à un rythme à peu près normal.

Par contre, l'extrait de corps thyroïde de mouton, employé pendant quelque temps, paraît augmenter tous les symptômes et notamment la cachexie.

Au cours de cette année 1901-02 la malade quitte plusieurs fois le service à la suite de légères améliorations, pour rentrer bientôt après, par suite de l'aggravation des différents troubles.

Nous donnons ci-après le résultat de quelques examens à des périodes successives.

D'une façon générale les différents signes du syndrome de Basedow se sont peu modifiés ; seuls les troubles circulatoires se sont accentués jusqu'à l'asystolie qui plusieurs fois a mis en danger les jours de la malade.

Mars 1902. — (Renseignements fournis par mon ami M. Berthaux, interne des hôpitaux).

Sous l'influence de la marche, l'œdème des membres inférieurs est devenu considérable, et remonte maintenant jusqu'au genou.

Le ventre est ballonné, ascite légère.

La palpation du foie est impossible.

Le cœur est tumultueux, les battements soulèvent le plastron costal.

Tachycardie : 210.

Arythmie : bruits intenses, en salves.

Souffle artériel systolique propagé vers les artères du cou.

Dyspnée assez forte.

L'auscultation révèle un foyer de congestion de la base droite.

Urines rares, normales de composition.

Inégalité pupillaire, la pupille gauche l'emportant sur la droite.

Depuis quelque temps déjà un nouveau signe fourni par l'appareil circulatoire était venu se joindre au précédent.

En appliquant la main sur la paroi abdominale au

niveau du creux épigastrique et en déprimant très légèrement on percevait dans la profondeur, de violents battements correspondant au pouls radial ; leur siège dans l'aorte abdominale et les artères du tronc cœliaque ne faisaient aucun doute. Pendant le mois d'août 1901 l'intensité de ces battements fut telle, qu'en l'absence du chef de service, on soupçonna une tumeur rachidienne ; l'examen radioscopique pratiqué par M. Vaillant, fut négatif.

En juillet 1902, nous examinons de nouveau la malade.

Cœur tumultueux, hypertrophie ;

Arythmie intense.

Tachycardie : 168.

Crises fréquentes de palpitations et dyspnée.

OEdème intense occupant les membres inférieurs et les flancs.

Tympanisme abdominal.

Cachexie très accentuée.

Un peu de calme survient grâce à la digitale, au lait et au repos, mais un mois plus tard, sans prodrome, sans cause apparente, la malade éprouve une violente douleur précordiale : elle a la sensation que son cœur bondit à tout rompre.

En quelques jours l'œdème redevient intense au point de rendre la marche impossible.

Le pouls bat 140 pulsations à la minute.

Le cœur fait entendre des salves de battements précipités et groupés au nombre de 8 à 10 ; chaque groupe est suivi d'une courte pause, mais cette disposition n'a rien d'absolument régulier.

Les bruits sont d'intensité variable, en général courts et retentissants mais il en existe dans le nombre qui semblent « ratés », à peine perceptibles.

Battements carotidiens et abdominaux très intenses.

L'état mental est devenu bien caractéristique : les impatiences, les accès de colère, la susceptibilité extrême de la malade, rappellent le tableau que Trousseau consacra aux troubles psychiques dans la maladie de Basedow.

En janvier 1903, une amélioration notable s'est produite dans l'état de notre malade.

Les yeux sont normaux, le poids a augmenté, l'embonpoint est notable.

Le corps thyroïde est à peine hypertrophié.

Seule la circulation sanguine présente des troubles remarquables.

Cœur hypertrophié verticalement.

Impulsions systoliques violentes.

Tachycardie, arythmie.

En mars, la tachycardie atteint 170 à la minute, les battements artériels du cou sont intenses, mais les souffles artériels ont notablement diminué d'intensité.

En mai 1903 nous retrouvons notre malade à Lariboisière en pleine asystolie : perte d'appétit, dyspnée, vomissements, cœur arythmique, pouls faible, irrégulier et surtout œdème intense, dur, occupant les membres inférieurs tout entiers et la vulve, épanchement pleural.

Ici la digitale fait merveille : en six jours les urines montent de 500 gr. à 3 litres et bientôt tout rentre dans l'ordre : les battements cardiaques demeurent énergiques, au nombre de 120 à la minute.

Cette observation présente une particularité intéressante : les battements abdominaux : à leur sujet nous lisons ce qui suit dans la thèse de Turgis.

« L'affection peu étudiée qui a été désignée sous le nom de : *pulsations abdominales idiopathiques*, semble elle-même avoir d'assez nombreux points de contact avec la cachexie exophtalmique. Ces diverses affections sont elles au fond de même nature ? Doit-on les considérer comme les divers degrés d'une même série pathologique que relient entre eux de nombreux intermédiaires ? Je serais porté à l'admettre, mais ce sont là des questions qui, pour être résolues, exigent de nouvelles recherches. ».

On admet aujourd'hui que ces battements artériels sont une des manifestations du syndrome de Basedow : les artères réagissent pour leur propre compte, et dans notre cas il y avait comme un second cœur abdominal. Ces battements sont segmentaires, paraissent sans rapport avec la pression sanguine ; ils dépendent vraisemblablement d'une altération locale matérielle ou plutôt fonctionnelle de l'appareil nerveux vasculaire.

OBSERVATION XVI. (Trousseau)

Un malade vient consulter le Dr Cazalis en 1861.

Pas de maladies dans la jeunesse.

Depuis six mois, à la suite de malaise fébrile le pouls a atteint

une fréquence considérable et presque toujours persistante (120-130).

Exophtalmie très accentuée.

Goître à peine appréciable.

Appareil circulatoire :

1°) Le pouls est à 120-125, égal, régulier, mais très vite, très petit, serré. La paroi artérielle semble céder à peine à l'impulsion du cœur et résister au mouvement de dilatation.

2°) La percussion de la région précordiale indique que le cœur a des dimensions normales.

3°) L'impulsion du cœur est très forte, les battements sont bien rythmés, mais précipités, ils ont quelque chose de convulsif. La force d'impulsion, le choc du cœur, tranchent sur la petitesse du pouls.

4°) Les deux bruits existent, sans mélange de bruit anormal : toutefois il nous a semblé percevoir de temps à autre un peu d'hésitation dans le deuxième bruit.

5°) Mais il n'y a pas de bruits de frottement ni de souffles dans le cœur. Ce frottement existe dans l'aorte ascendante, dans la crosse, en arrière vers l'aorte thoracique ; il existe aussi vers l'origine des troncs cervicaux.

*
* *

Viennent maintenant les formes frustes avec troubles circulatoires prédominants.

Il convient, après M. Marie, de faire remarquer que ce terme de « forme fruste » renferme quelque obscurité, par suite de l'altération du sens initial, dans le langage courant.

Suivant le sens du mot : fruste, chez les numis-

mates, un Basedow ainsi qualifié, serait un état morbide présentant la plupart des termes du complexus, peu accentués, en une simple ébauche à faible relief.

En réalité il n'en est pas ainsi. Il y a forme fruste d'après Trousseau « lorsque la tumeur thyroïdienne ne se produit point ou bien lorsque la saillie oculaire fait défaut. » En d'autres termes, la forme fruste est caractérisée par l'absence permanente d'un ou plusieurs des signes cardinaux. D'après l'objet de notre thèse, les observations qui suivent sont celles de formes frustes spéciales, où manquent, en général, le goître et l'exophtalmie, les troubles cardio-vasculaires formant la plus grande partie du tableau clinique.

OBSERVATION XVII (Graves).

Une jeune lady de 20 ans fut prise de phénomènes morbides que l'on regarda comme hystériques... Ces accidents duraient depuis 3 mois lorsqu'on observa que le pouls était devenu extrêmement rapide. Cette fréquence, à laquelle on ne pouvait assigner aucune cause, était d'ailleurs constante : il n'y avait jamais moins de 120 pulsations, quelquefois même le chiffre était plus élevé.

OBSERVATION XVIII (Renaut, XIII).

B..., 31 ans, comptable.

Ne s'est jamais plaint de palpitations, et cependant on cons-

tate de la tachycardie ; le pouls rapide et plein monte à 120 pulsations par minute.

A l'auscultation on entend le cœur battre rapidement, et à chaque fois, une forte impulsion vient soulever la tête.

Pas d'exophtalmie.

Pas de goître.

Résistance électrique diminuée.

OBSERVATION XIX (Marie, XV).

P..., 76 ans.

Ni goître ni exophtalmie.

La malade se plaint surtout de palpitations presque continues. Les battements du cœur sont assez intenses. Pas de souffles, pas d'hypertrophie cardiaque.

Pouls : de 90 à 120.

Tremblement.

Thermophobie.

OBSERVATION XX (Id., XII).

X..., Palpitations.

Tachycardie. Pouls : 102.

Tremblement.

Ni goître, ni exophtalmie.

OBSERVATION XXI (Id., XIII).

M. L..., horloger, 46 ans.

Palpitations.

Tachycardie, pouls mou : 120.

Tremblement fibrillaire des muscles.

Pas de goître, mais le cou est animé de battements carotidiens extrêmement intenses.

Exophtalmie unilatérale, douteuse.

OBSERVATION XXII (Id., XIV).

M. C..., 28 ans.

Pas d'exophtalmie.

Pas de gonflement du corps thyroïde ; peu de battements des vaisseaux du cou.

Tremblement constant.

Cœur : bruits sourds. Pouls : 92.

OBSERVATION XXIII (Id., II).

M. B..., 21 ans, doreur sur bois (n'emploie jamais de mercure).

Hérédité névropathique.

Pas d'alcoolisme.

Un peu maigre, mais bien constitué.

Ni goître, ni exophtalmie.

Battements du cœur réguliers, violents.

Pouls : 100-120. régulier.

Tremblement généralisé.

Boulimie, diarrhée.

Toux quinteuse.

Nous devons l'observation suivante à M. le Professeur Bard qui a bien voulu nous autoriser à consulter les recueils de l'hôpital cantonal de Genève.

OBSERVATION XXIV

P., 43 ans, courtier.

Envoyé à l'hôpital pour troubles cardiaques, se plaint d'oppression avec palpitations cardiaques.

Cœur : la pointe bat dans le VI^e espace sur la ligne mamillaire ; battements irréguliers, d'intensité variable.

Arythmie notable.

Petit souffle systolique, doux, à la pointe n'existant que dans les fortes pulsations.

Pouls : 116-128, petit, faible, irrégulier et inégal.

Œdème pérिमalléolaire.

Tremblement.

Goître bilobé.

Pas d'exophtalmie.

Pour terminer cette première partie de notre travail, la plus importante, puisqu'elle réunit un grand nombre de faits cliniques, nous publierons l'observation de notre ami Jules Breca, en entier, parce qu'elle présente une transition naturelle entre cette première partie et le chapitre suivant, consacré au diagnostic des formes frustes à type cardio artériel.

OBSERVATION XXV (inédite. J. Broca).

Lucie N..., 28 ans, blanchisseuse.

Entre à l'hôpital Bichat le 25 septembre 1899.

Elle se plaint de palpitations de cœur et de soufflement dont elle souffrait depuis longtemps mais qui ont augmenté récemment au point d'empêcher tout travail depuis 8 jours.

Dans l'histoire clinique antérieure, on note l'existence d'une rougeole dans l'enfance et de la fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans. Règles à 15 ans, régulières.

C'est vers l'âge de 20 ans qu'elle éprouva pour la première fois un peu de dyspnée d'effort avec accès de palpitations de cœur de courte durée, revenant irrégulièrement. Elle avait la sensation que son cœur battait avec une violence et une rapidité inaccoutumée, en même temps qu'elle ressentait au niveau de la région précordiale une douleur angoissante.

Ces accès ne furent jamais de longue durée, 4 à 5 minutes en général, ils furent fréquents surtout pendant deux mois environ et s'atténuèrent peu à peu spontanément.

Pendant cette même période le cou aurait augmenté de volume; la malade est nettement affirmative sur ce point, car il lui était souvent difficile d'agrafer son col : cette hypertrophie aurait diminué rapidement avec les palpitations : il n'en reste pas trace aujourd'hui.

Pendant les 7 années qui précèdent l'entrée à l'hôpital, la santé aurait été bonne sauf un peu d'essoufflement à la suite des marches prolongées.

Caractère vif facilement irritable.

Le 6 août dernier, à l'occasion d'une discussion d'ordre intime, la malade est reprise de palpitations violentes avec sensation d'angoisse précordiale ; elle est obligée de se mettre au lit.

Le 7, métrorrhagie assez abondante précédant d'une dizaine de jours l'époque menstruelle : au bout de deux jours l'hémorrhagie cesse et les palpitations diminuent un peu d'intensité.

Du 10 août au 18 septembre ; calme relatif, la malade peut reprendre son travail, mais les palpitations avec malaise général et dyspnée légère persistent à peu près constamment.

Vers le 15 septembre, à la suite d'une grande fatigue, la malade a une nouvelle métrorrhagie légère pendant deux jours.

Le soir elle s'aperçoit que ses jambes sont un peu tuméfiées au niveau des malléoles.

A partir du 17 les palpitations et la gêne respiratoire augmentent : la malade quitte son travail jusqu'à son entrée dans le service.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien à signaler.

Elle est assise dans son lit, appuyée sur ses deux poings rejetés en arrière, les lèvres et les joues légèrement cyanosées; les ailes du nez battent rythmiquement et rapidement, indice d'une dyspnée évidente.

Les jugulaires sont saillantes, sans poulx veineux. Les carotides animent la région du cou de battements tumultueux.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal ; la main perçoit un choc rapide, violent, irrégulier.

La percussion dénote une augmentation légère de la matité cardiaque : celle-ci dépasse en effet de 1 travers de doigt le bord droit du sternum.

Au niveau de la base, l'oreille perçoit un souffle systolique, violent qui se prolonge dans les vaisseaux du cou ; à la pointe il existe aussi un léger souffle difficile à percevoir.

Le cœur est arythmique.

Le poulx (150 à la minute) est petit, irrégulier ; la tension artérielle paraît un peu diminuée. L'auscultation de la base des poumons fait entendre quelques râles sous-crépitaux de congestion.

Le ventre est légèrement distendu, la percussion dénote un peu de matité dans les flancs :

Le foie paraît un peu augmenté de volume, non douloureux.

Les deux jambes sont fortement œdématisées. Les urines sont diminuées de quantité, leur couleur est un peu foncée ; elles contiennent un léger nuage d'albumine.

La malade est considérée comme une asystolique.

Traitement.

1^o) Saignée : 300 gr.

2^o) Poudre de digitale en infusion 0 gr. 50.

3^o) Régime lacté absolu.

27 septembre. — Nuit agitée sans sommeil.

Température du soir : 37°6.

Pas d'amélioration appréciable si ce n'est du côté des urines qui sont plus abondantes : (1.300 gr. en 24 heures).

On note que la malade est agitée d'un tremblement généralisé, rapide, nettement visible au niveau de la tête et des mains.

28 septembre. — Après deux jours de digitale la situation s'est sensiblement améliorée. Le cœur est moins arythmique et un peu moins tumultueux.

Le pouls plus fort bat 120 pulsations à la minute.

La respiration est moins gênée.

L'œdème diminue. Les urines sont claires abondantes (2 litres).

30 septembre. — Tous les symptômes se sont considérablement amendés.

Le pouls bat 110 pulsations, fort régulier.

L'auscultation du cœur révèle des bruits absolument normaux et l'absence complète des souffles orificiels.

Les artères de la base du cou battent moins rapidement. Mais avec la même énergie : on entend aussi à leur niveau un souffle qui accompagne et prolonge leur battement.

Urines normales, abondantes.

Température normale.

Le tremblement persiste.

La malade accuse une sensation de chaleur persistante et pénible avec sueurs abondantes.

10 octobre. — L'état ne s'est pas sensiblement modifié. La malade se lève et mange d'un bon appétit

On compte 20 respirations à la minute.

Les palpitations se font sentir tous les jours et cessent en général la nuit.

Les battements du cœur et des artères du cou persistent avec la même intensité.

12 octobre. — La malade quitte le service sur sa demande. Elle n'a pas été revue depuis.

DEUXIÈME PARTIE

Dans une de ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu le professeur Trousseau a dit : « Beaucoup de malades atteints de goître exophtalmique viendront vous consulter pour des palpitations de cœur, mais vous serez surpris de l'étrangeté de leur regard de la saillie de leurs yeux. ».

Aujourd'hui un certain nombre de faits cliniques dûment observés nous autorisent à dire : quelques malades viendront nous consulter pour des palpitations de cœur, ils n'ont ni goître, ni exophtalmie, et pourtant ce sont des basedowiens,

Cette proposition qui eut semblé jadis paradoxale, se trouve vérifiée dans plusieurs des observations citées précédemment et en particulier dans la dernière (XXV).

Les troubles circulatoires sont divers : ordinairement c'est de palpitations que souffre le malade ; au repos quelquefois, le plus souvent à la suite d'un effort, d'une émotion il éprouve une gêne intrathoracique, surtout à gauche, douleur sourde avec sentiment de réplétion : bientôt il a la sensation, en général, que son cœur bat précipitamment.

La tachycardie, en effet, accompagne ordinairement mais pas nécessairement les palpitations, de même qu'elle peut exister en leur absence. La

tachycardie est perçue par l'observateur, les palpitations lui échappent, étant du domaine subjectif.

Parfois la douleur est plus vive, se localise derrière le sternum pour irradier ensuite vers le cou et les membres supérieurs et on assiste au tableau dramatique plus ou moins accentué de l'angine de poitrine.

L'arythmie est un signe fréquent et outre l'irrégularité, les bruits de la révolution cardiaque sont renforcés : dans notre deuxième observation personnelle on les entendait parfois à distance.

Enfin la circulation périphérique réagit presque toujours, il faut noter principalement :

Les souffles à caractère liquidien,

Les battements surtout dans les artères cervicales.

Les œdèmes tégumentaires qui sont généralement un signe de basedow avancé, accompagnent généralement la cachexie, à laquelle ils donnent un caractère spécial.

Les autres troubles de la circulation relatés dans quelques observations sont exceptionnels, ou traduisent des lésions étrangères au syndrome de Basedow.

L'allure étant paroxystique, si la tachycardie atteint un chiffre élevé et dure un certain temps, il arrive que l'ensemble des troubles circulatoires atteint l'asystolie par surmenage cardiaque et dilatation fonctionnelle. Cette asystolie, en général, présente quelques caractères particuliers qui la différencient de

celle des cardiopathies organiques. Au lieu de la marche chronique, progressive, propre aux cardiaques, avec rémissions et aggravations successives, nous avons dans l'asystolie basedowienne une marche presque aiguë.

De même la sedation, surtout avec la digitale, est franche et rapide.

Enfin la crise est surtout circulatoire et les fonctions viscérales sont généralement peu altérées ou du moins se rétablissent rapidement.

Mais ces caractères n'ont rien d'absolu et perdent de leur valeur, surtout chez les personnes âgées dont l'affection est à une période avancée.

*
* *

L'ensemble de ces troubles circulatoires ainsi groupés au milieu des autres manifestations éparses, évoque les théories pathogéniques qui mettent dans la circulation le point de départ du syndrome de Basedow. Aran disait : « L'affection connue sous le nom de goître exophtalmique ou cachexie exophtalmique n'est essentiellement constituée ni par l'exophtalmie ni par le gonflement du corps thyroïde mais par un état d'irritabilité du cœur et des artères du cou ».

D'après M. le Professeur Marie, ce qui doit guider dans le diagnostic des formes frustes c'est qu'elles sont calquées sur les formes typiques : goître et exophtalmie n'ont qu'une importance secondaire et

ne sont pas nécessaires pour caractériser la maladie.

Suit une observation empruntée à la thèse de M. Marie.

OBSERVATION XXVI (Marie, XI)

Madame X...

Il y a six ans, tout d'un coup, sans la moindre raison, s'est sentie prise de palpitations. Elle tremblait déjà et même beaucoup plus que maintenant.

Elle avait de terribles accès de palpitations durant 12 à 24 heures et cessant brusquement.

Etat clinique. — 8 août 1882.

Tremblement généralisé agitant tout le corps.

On distingue très nettement les battements du cœur dans le 7^e espace. En même temps, il y a de violents battements derrière et au dehors de l'appendice typhoïde.

Pas d'hypertrophie du corps thyroïde, mais les artères du cou vibrent violemment et avec le stéthoscope on y entend un souffle systolique net qui se propage dans l'aorte et s'entend sur le côté gauche de la colonne vertébrale.

Quant aux yeux, ils n'ont pas d'exophtalmie proprement dite, mais ils sont peut-être un peu brillants et hagards.

Pouls : 120.

Température : 37°5

Traitement. — Digitale : 0 gr. 30 en infusion pendant 4 jours.

Le 25 août. — Il y avait déjà une amélioration sensible : la malade dormait mieux, le tremblement était un peu moins intense, le pouls n'était plus qu'à 105.

Nous arrivons maintenant à une observation personnelle importante, celle de notre deuxième malade

de l'hôpital Lariboisière. Nous ferons successivement l'exposé clinique et le diagnostic avec critique des symptômes, comme cela eut lieu au lit de la malade.

OBSERVATION XXVII (personnelle)

Mme J..., 26 ans, ménagère. Entre le 12 juin 1901 à Lariboisière.

Depuis longtemps en traitement au dehors, sans avoir obtenu d'amélioration sensible dans son état, la malade vient à l'hôpital.

Elle se plaint de palpitations de cœur et de douleurs précordiales angoissantes avec crises d'étouffement.

Cet état durait depuis un an environ sauf quelques rares périodes de calme relatif.

Les antécédents de famille ne présentent rien à noter.

Pas de maladies dans l'enfance.

Règles à quinze ans, normales.

Mariée depuis 3 ans, ni enfants ni fausses couches.

Jusqu'en juin 1900, santé excellente. Toutefois, elle fut toujours facilement émotionnable et nerveuse.

C'est en juin 1900 que la malade ressent les premiers troubles de l'affection qui nous l'amène; ils ont apparu insensiblement, augmentant chaque jour d'intensité et se caractérisant de plus en plus. Un soir, après dîner, la malade a une digestion difficile, une certaine lassitude générale et un peu de céphalée.

Le lendemain : Mêmes troubles plus accentués.

Au bout de quelques jours, apparaît un peu de gêne respiratoire.

Vers la fin de juin, au cours d'un de ces malaises quotidiens une première crise de palpitations éclate, qui dure quelque

minutes, elle fait place en cessant brusquement au calme complet.

Les palpitations augmentent. La malade prend différents médicaments. Notamment la digitale 0 gr. 30 de poudre par jour) qui reste sans effet.

En juillet 1900, les palpitations empiètent sur le sommeil. Tous les 10 ou 15 jours une crise plus violente oblige la malade à garder le lit pendant 48 heures

En août les palpitations deviennent à peu près permanentes.

De septembre en janvier, les crises de palpitations continues, ne laissent plus aucun repos à la malade : pendant cinq mois elle garde le lit. C'est la période où les troubles fonctionnels ont été le plus marqués.

Les jambes étaient fortement œdématisées, le ventre ballonné, l'hypochondre droit douloureux ; il y avait une toux fréquente avec expectoration claire.

L'œdème gagne bientôt les flancs, puis les paupières.

En février 1901 une amélioration notable survient à la suite de l'administration de strophantus et de trinitrine

Les palpitations s'interrompent et n'apparaissent bientôt plus que tous les 3 ou 4 jours en crises violentes durant quelques heures. Dans l'intervalle rien d'anormal

A la suite d'un repas trop copieux, les palpitations reprennent pendant une semaine : les urines rares contiennent de l'albumine.

Le mari de la malade a constaté, vers cette époque, du tremblement des mains pendant le repas.*

Le calme se rétablit par le régime lacté et la digitale.

En mai 1901, à la suite d'une contrariété, nouvelle crise de palpitations. Les troubles de la circulation périphérique réapparaissent et en dépit des diverses médications l'état s'aggrave jusqu'au moment de l'entrée dans le service.

L'embonpoint est normal.

La face est un peu cyanosée.

Pas d'exophtalmie, regard brillant.

La malade peut rester couchée, mais la respiration est gênée.

La région carotidienne de chaque côté du cou est animée de battements rapides réguliers très apparents. A l'auscultation, souffle artériel, léger systolique.

La pointe bat dans le 5^e espace : pulsations rapides, énergiques.

La matité cardiaque ne paraît pas augmentée.

A l'auscultation : le premier bruit est sonore, le deuxième sourd.

Pas de souffle.

Rythme régulier.

Pouls petit : 195 à la minute.

Le cou est normal.

Le ventre est ballonné, la matité des flancs révèle une ascite légère.

Le foie est gros et douloureux.

Les poumons renferment des foyers congestifs aux deux bases. Dyspnée légère, toux, urines rares (600 gr. en 24 heures) foncées, contiennent un nuage d'albumine.

Température 38° 5.

Appétit bien conservé.

Après quelques jours de traitement au bromure de potassium et à la théobromine, l'état s'aggrave, les urines tombent à 350 gr. en 24 heures. La dyspnée s'accroît jusqu'à l'orthopnée : la malade reste assise dans son lit le visage angoissé avec une teinte cyanique marquée.

Le cœur est arythmique : les bruits sont sourds, difficilement perceptibles, il ne semble pas y avoir de souffles, le pouls est incomptable.

La malade a quelques vomissements alimentaires teints, de bile.

21 Juin.— On prescrit la feuille de digitale en macération, comme nous l'indiquerons plus loin.

Dès la première potion tous les symptômes s'amendent.

23 juin. — Les palpitations ont disparu pendant la nuit, le pouls est à 90.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont sourds à peu près égaux.

26 juin. — Pouls : 80.

Urines claires : 3 litres 700.

On est au sixième jour de la digitale.

Le cœur est complètement calme, les battements carotidiens ont cessé.

A l'auscultation : bruits absolument normaux.

27 juin. — Le cœur présente le rythme bigéminé.

29 juin. — La malade quitte l'hôpital.

Quelques jours après elle est reprise de palpitations violentes avec douleur précordiale intense.

Rentrée à l'hôpital le 9 juillet.

Même état clinique que lors de la première entrée, mais moins accentué.

La tachycardie cède bientôt à une nouvelle dose de digitale, en quelques minutes et la malade à ce moment éprouve une nouvelle douleur lancinante dans la région du cœur.

La malade accuse aussi une sensation de chaleur permanente et désagréable ; elle recherche le froid et se trouve toujours trop couverte.

27 juillet. — Quitte le service avec un état général excellent.

Pouls régulier fort : 75

Urines 2. 500.

*
* *

A cette époque le syndrome de Basedow ne pouvait être que soupçonné. Mais depuis, la malade a été suivie assez régulièrement, en dehors de l'hôpital, et nous avons pu constater et contrôler à diverses reprises un certain nombre de signes secondaires pour la plupart, mais qui font de notre cas un syndrome nettement superposable à une maladie de Basedow type suivant l'expression de M. Marie. En effet, depuis le début de notre observation clinique jusqu'à maintenant, voici le tableau des symptômes de la série basedowienne présentés par notre malade.

1° Troubles circulatoires.

2° Tremblement.

3° Termophobie, sueurs, polyurie.

4° Boulinie.

5° Troubles utérins.

6° Troubles moteurs et sensitifs.

7° Diminution de la résistance électrique.

8° Troubles psychiques.

Nous allons les passer successivement en revue pour en faire l'analyse.

Troubles circulatoires. — Ils ont toujours nettement dominé la scène mais avec une allure différente, car si actuellement ils sont réduits à des accès intermittents de tachycardie avec palpitations, au début, ils

ont prédominé avec une intensité telle que le syndrome de Basedow se présentait à nous avec le masque des cardiopathies organiques.

Ces accidents paroxystiques dus à l'accélération extrême et au surmenage cardiaque chez les basedowiens ont été particulièrement mis en lumière par M. le Pr Debove dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux en 1880, sous le titre de : « Note sur les accès d'asystolie survenant dans le cours du goître exophtalmique. »

Nous avons pu apprécier, par l'examen de notre malade, la grande valeur de cette observation clinique.

Notre première impression en effet fut qu'il s'agissait d'une lésion organique grave du cœur.

Dans la pratique médicale courante on va toujours au plus pressé et dans la recherche du diagnostic on songe tout d'abord aux lésions morbides dont l'expérience nous a montré la fréquence. L'erreur était permise presque fatale devant cette jeune malade en pleine asystolie : assise dans son lit le visage angoissé et congestionné la respiration pénible avec ce cœur affolé, l'œdème et les hydropisies qu'un simple coup d'œil suffisait à révéler.

Bientôt les antécédents, l'histoire antérieure de la maladie, éveillaient sans doute notre attention ; néanmoins l'obscurité planait encore, et il fallut pour être fixé attendre que la digitale eut produit ses effets si remarquables.

Nous empruntons à la communication de M. Debove

une de ses observations en raison des analogies frappantes qu'elle présente avec la nôtre, du moins à ce point de vue.

OBSERVATION XXVIII (Pr Debove).

Elise N..., âgée de 38 ans.

Au mois de janvier 1879, à la suite d'une vive émotion, ses règles se supprimèrent brusquement, et elle vit se développer rapidement les signes de sa maladie : palpitations, goître exophtalmie.

Au mois de mars, elle s'aperçut qu'elle avait de l'œdème des malléoles, elle entra à l'Hôtel Dieu dans le service de M. Oulmont que nous avons l'honneur de suppléer : outre les signes caractéristiques de la maladie de Graves, nous constatons que les battements du cœur sont fréquents (120 pulsations), irréguliers. Il n'y a pas de souffle cardiaque.

Teinte jaunâtre des conjonctives, foie débordant les fausses côtes de trois travers de doigts.

Un peu d'ascite.

Œdème des membres inférieurs.

Nous prescrivons la digitale : la situation s'améliore, l'œdème disparaît et la malade sort considérablement améliorée le 2 avril.

Le 2 septembre 1879, la malade vient de nouveau nous consulter.

Outre les signes du goître exophtalmique nous constatons l'existence d'un œdème considérable, qui occupe non seulement les jambes, mais les cuisses, les grandes lèvres, la paroi abdominale.

L'ascite est considérable.

Le foie déborde les fausses côtes de plusieurs travers de doigts.

Le pouls est fréquent (120 pulsations) irrégulier, intermittent. A l'auscultation du cœur nous croyons percevoir un souffle de la pointe, mais son existence est loin d'être évidente.

Nous prescrivons à la malade une dose de 0 gr. 25 de poudre de digitale. Sous l'influence de ce médicament, on provoque, en quelques jours, la résorption des épanchements, une diurèse abondante. Le foie revient à son volume normal. Les battements du cœur sont fréquents mais réguliers.

La malade est dans un état satisfaisant à sa sortie. L'auscultation permet de reconnaître qu'il n'existe pas de souffle cardiaque. (Observation recueillie par M. Launois interne du service). Dans cette observation comme dans la nôtre, dès que la digitale a calmé l'orage et ramené le cœur à un rythme normal ou à peu près, il ne reste pas à l'oreille la plus attentive, la moindre trace de troubles de l'organe. Il n'y a pas de souffle, la révolution cardiaque à ses caractères normaux, les deux bruits dans leur durée, leur intensité et leur timbre sont ceux que possède le cœur sain.

* *
*

Les accès de tachycardie avec palpitations qui constituent actuellement le seul trouble sérieux dont se plaint la malade, apparaissent irrégulièrement, ordinairement à l'occasion d'une contrariété, leur durée est variable : de quelques minutes à un jour ou deux.

L'accès comprend trois phases :

1° Le début, brusque, caractérisé, outre l'accélération du pouls, par une douleur précordiale d'intensité variable, irradiant parfois vers le cou, au niveau duquel la malade ressent une certaine constriction.

en même temps qu'elle éprouve un peu de vertige avec éblouissement du regard.

2° Pendant l'accès : lassitude générale avec sensation de plénitude intra thoracique.

3° La fin est brusque également annoncée par quelques baillements et quelques douleurs lancinantes dans la tête.

Le nombre des battements est toujours élevé (170 à 200).

Le pouls est constamment petit, la pression artérielle abaissée.

Ces caractères sont pour la plupart ceux qu'on décrit dans la tachycardie essentielle paroxystique : aussi, dans le début de notre observation, le diagnostic fut-il en suspens.

Gordon Hill et plusieurs auteurs à sa suite, frappés de l'analogie de la tachycardie basédowienne avec la tachycardie essentielle paroxystique, admettent que ce dernier syndrome est une forme atténuée de maladie de Basedow.

Cette affirmation nous paraît gratuite et d'ordre théorique. S'ils s'agissait de deux affections bien caractérisées au point de vue anatomo-clinique, il serait possible, même dans les cas très frustes, suivant les moyens d'investigation, d'établir plus ou moins nettement la part de l'une et de l'autre. Mais dans les deux cas nous n'avons affaire qu'à un syndrome, ou suivant la définition de M. le Professeur Brissaud à

« uncomplexus de symptômes communs à des maladies différentes. »

La « signature anatomique » constante manque et par là se trouvent nécessairement bornées les recherches nosologiques.

L'examen de données étiologiques si diverses des manifestations cliniques, et des résultats de la thérapeutique nous engagent à ne voir pour le moment, dans les deux syndrômes, que des modes cliniques suivant lesquels l'organisme, limité dans ses moyens d'expression, réagit à des causes multiples. L'affirmation d'un diagnostic, ici surtout, dépend principalement du nombre des symptômes, et comme la maladie de Bouveret est un syndrôme moins complexe que la maladie de Basedow, on pourrait d'après quelques-unes de nos observations renverser la proposition de Gordon Hill, et admettre, avec autant de vraisemblance, le classement de certaines formes frustes de Basedow parmi les tachycardies paroxystiques.

Dans notre cas heureusement, l'évolution s'est chargée de nous tirer d'embarras. Mais indépendamment des autres symptômes de la série basedowienne, l'examen des troubles circulatoires fournit quelques renseignements particuliers.

Dans les accès prolongés de tachycardie, le nombre des battements est plus élevé le matin que le soir, conformément à la remarque de von Hœsslin.

De plus les battements des artères cervicales avec

sensation de lourdeur et de constriction étaient intenses, en disproportion avec le pouls radial.

D'autre part, dans un certain nombre d'observations de syndrômes de Basedow bien caractérisés les troubles circulatoires avaient des caractères analogues à ceux que nous avons constatés.

Le début brusque de la tachycardie est noté dans une observation de M. Marie.

La 5^e observation de la thèse de Chamaillard est celle d'une malade traitée par M. Huchard pour « crises violentes de palpitations avec fréquence du pouls à 200 simulant la tachycardie essentielle paroxystique ».

Enfin, la force du pouls et l'élévation de la pression artérielle considérées comme fréquentes souffrent de nombreuses exceptions : dans notre observation XXI le pouls est mou à 120 ; dans l'observation XIII sont notées des crises de palpitations avec lipothymie.

L'année dernière, MM. Vaquez et Laubry présentent à la Société de neurologie un malade de 29 ans chez qui ils ont constaté depuis un an et demi à l'occasion de vomissements une tachycardie allant jusqu'à 200 par minute.

Cette tachycardie ne s'accompagnait d'aucun trouble fonctionnel, le malade continuant à exercer, sans fatigue, sa profession pénible de porteur aux halles.

Dans ces derniers temps, il eut quelques crises d'asystolie avec dilatation des cavités droites et souffle tricuspïdien, mais elles étaient toujours de

courte durée, disparaissant au bout de un ou deux jours sous l'influence du repos.

Sauf un léger tremblement, le malade ne présente aucun trouble nerveux et dans ses antécédents on ne constate qu'une tare alcoolique non douteuse.

Le diagnostic de tachycardie primitive avec dilatation cardiaque secondaire ne semble pas douteux : l'étiologie l'est davantage. Les auteurs invoquent un trouble dans l'innervation du pneumogastrique, d'origine éthylique, analogue à ceux décrits au cours de certaines infections comme la grippe.

Ils reconnaissent toutefois qu'on peut soulever d'autres hypothèses, celle d'une maladie de Basedow fruste, par exemple, et demandent d'ailleurs sur ce cas qui se rattache à la question si obscure des tachycardies primitives, l'avis de la société.

M. Déjerine ne connaît pas de névrite du pneumogastrique d'origine alcoolique sans manifestations nerveuses généralisées.

M. Babinski, croit que le tremblement serait en faveur d'une maladie de Basedow fruste.

*
* *

Nous serons plus bref sur les autres signes de la série de Basedow présentés par notre malade.

Tremblement. — Le tremblement présente ici une modalité spéciale.

Par son rythme il est caractéristique : rapide, menu et vibratoire. Mais il est moins étendu que dans

les observations ordinaires : on le perçoit aux mains et à la tête surtout grâce aux mouvements des cheveux. De plus il n'est pas constant et atteint sa plus grande intensité au cours des accès de palpitations.

Le compte rendu de la Société de neurologie nous fournit encore une discussion intéressante à ce sujet.

En novembre 1902, M. Ballet présente un malade atteint de tachycardie avec tremblement. Aucun signe de basedowisme, d'autre part, la tachycardie s'explique suffisamment par des lésions médiastinales.

Le tremblement est donc, en l'espèce, fonction de la tachycardie.

D'après M. Marie, la tachycardie et le tremblement dans la maladie de Basedow dépendent d'une cause commune.

M. Huet après avoir notablement atténué la tachycardie chez un basedowien, a vu persister le tremblement.

La malade de notre deuxième observation personnelle présentait un tremblement permanent mais très inégal d'intensité et à peine perceptible à certains moments. Nous ne pensons pas que la permanence soit un caractère essentiel du tremblement dans le syndrome de Basedow.

Troubles utérins. — En novembre 1902, notre malade à la suite d'un retard de règle de deux mois fut prise d'un malaise soudain avec douleurs abdomi-

nales syncopales et vomissements. On diagnostiqua une hématocele rétro-utérine. Le calme se rétablit en huit jours avec de la thérapeutique symptomatique. Mais la résorption n'étant pas survenue, l'intervention chirurgicale fut décidée et pratiquée par notre maître regretté M. Bouglé, à l'hôpital Cochin. La chloroformisation, l'opération, et les suites furent normales.

Depuis, la malade eut encore quelques retards : actuellement les menstrues sont régulières, mais douloureuses et provoquent généralement de longs accès de palpitations.

A supposer, ce qui est très probable, que l'hématocele était due à une grossesse tubaire rompue, la grossesse n'eut pas ici la prétendue influence favorable sur la marche de l'affection.

Troubles nerveux, sensitivo-moteurs et psychiques.

A plusieurs reprises, au cours et à la suite d'accès de tachycardie, notre malade a éprouvé les troubles suivants :

La région mammaire gauche était fortement hyperesthésiée : au contraire, le bras était le siège d'un engourdissement perceptible objectivement, la sensibilité au contact étant émoussée. La main était exsangüe et la force musculaire de ce côté gauche notablement inférieure à l'autre côté.

Ces troubles ont apparu à plusieurs reprises différentes : une fois notamment ils ont persisté pendant 15 jours pour disparaître lentement.

Les troubles psychiques sont atténués mais caractéristiques par la prédominance de l'émotivité, et de la susceptibilité.

L'absence de tous les autres stigmates d'hystérie nous autorise à éliminer cette névrose.

Diminution de la résistance électrique. — La résistance au courant électrique a été cherchée par M. le Dr Delherm, ancien interne des hôpitaux, à l'extrême obligeance de qui nous devons la note suivante :

La résistance électrique a été cherchée par la méthode de Courtadon.

La résistance fixe choisie était de 2000 ohms.

La formule de Courtadon traduit : le rapport entre la déviation galvanométrique, quand on interpose dans le circuit une résistance connue (2000 ohms) et cette même déviation après interposition d'une résistance inconnue : le corps humain en l'espèce.

Le calcul a montré que la résistance au courant électrique était chez le malade de M. Girod de 900 ohms.

Il est un autre point que nous avons l'habitude, avec notre ami Grenet, de rechercher dans la mesure de la résistance électrique : c'est la rapidité avec laquelle se fait la chute de la résistance.

Pour un individu normal interposé dans le circuit, l'aiguille, après fermeture, se met à dévier lentement de 0 à 25-30-40 milliampères dans un temps donné (2 à 3 minutes en moyenne).

Chez les individus à résistance électrique élevée

(hystérie épilepsie) la chute de la résistance se fait lentement.

Dans le syndrome de Basedow, au contraire, la chute est très rapide et se fait parfois en 30 secondes. Ce fait constant dans nos observations, s'est trouvé vérifié chez la malade examinée.

*
* *

Nous en avons fini avec les différents arguments qui interviennent dans le diagnostic des formes frustes du syndrome de Basedow.

Sans doute leur groupement est un facteur de première importance mais, comme le dit M. Boix « Le phénomène fondamental est vraisemblablement toujours présent, c'est l'excitabilité du cœur. Ses manifestations légères passent si souvent inaperçues du malade, qu'on est en droit de se montrer sceptique devant les observations où elle fait défaut ». Le symptôme dominant est incontestablement la tachycardie dont G. Sée disait « qu'elle est la condition nécessaire et suffisante du basedowisme ».

TROISIÈME PARTIE

Chez les malades dont l'observation nous est propre, nous avons pu apprécier tout particulièrement l'action de la digitale sur les troubles circulatoires, c'est-à-dire sur tout l'état morbide, quand on a affaire à une forme fruste du syndrome de Basedow à type cardio-artériel, atteignant l'asystolie.

Nous avons sous les yeux la feuille des traces, de la température, du pouls et du volume des urines en 24 heures, de notre malade qui fait le sujet de l'observation XXVII.

Le 18 juin. — La température oscille entre 37°4, le matin et 38°6 le soir. Le pouls est à 200 p. à la minute. Les urines sont tombées à 250 grammes en 24 heures.

Le 19 et le 20. — L'excrétion urinaire augmente jusqu'à 800 grammes, grâce à l'emploi de la théobromine : le pouls et la température n'ont pas varié.

Le 2 juin. — La malade prend sa première préparation de digitale.

La digitale est prescrite, par notre maître M. Brault, pour une période de six jours consécutifs aux doses décroissantes de :

1 ^{er} jour :	80 centigrammes	
2 ^e jour :	80	—
3 ^e —	60	—

4°	—	60	—
5°	—	40	—
6°	—	40	—

La préparation que préfère notre maître est la macération de feuilles de digitale qui a toutefois l'inconvénient pratique de nécessiter 12 heures au moins d'intervalle entre le moment de la prescription et celui de l'administration.

Le 22 juin (deuxième jour de la digitale).

Température 37° m. ; 37° 6 s.

Pouls : 100.

Urines : 1.600 albumineuses.

Le 23 juin (3^e jour).

Température 36° 6 ; 37° 4.

Pouls : 90.

Urines : 1500 albumineuses.

Le 24 juin (4^e jour).

Température 37° ; 37° 6.

Pouls : 80.

Urines : 1000 albumineuses.

Le 25 juin (5^e jour).

Température 36° 8 ; 37° 4.

Pouls : 80.

Urines : 3.200 claires, sans albumine

Le 26 juin (6^e jour).

Température 36° 6 ; 37°.

Pouls : 80.

Urines : 3.700.

On remplace la digitale par la théobromine qui maintient la diurèse, tandis que les œdèmes multiples disparaissent rapidement.

Le 9 juillet la malade revient à l'hôpital avec quelques phénomènes d'hyposystolie. La même médication est de nouveau instituée par M. Brault et pendant six jours les différentes courbes reproduisent le tracé précédent.

Chez l'autre malade de Lariboisière le résultat remarquable de la digitale ne s'est jamais fait attendre dans plusieurs crises d'asystolie intense et notamment en mai dernier.

Il n'en est pas de même pour la tachycardie pure, dépourvue de stases viscérales et d'œdèmes; la digitale tout en gardant sa valeur de calmant du cœur de premier ordre n'agit pas d'une façon aussi constante.

Pourtant c'est encore aux préparations de digitale (infusion ou macération) que notre malade de l'observation XXVII a recours actuellement contre les accès de palpitations avec tachycardie.

La dose employée est toutefois moins élevée : entre les innombrables médicaments employés jusqu'ici, c'est celui dont elle retire le plus grand bénéfice et auquel elle attribue l'état relativement bon de sa santé.

*
* *

La digitale fut sans doute employée contre les troubles circulatoires de la maladie de Basedow bien avant l'entrée du syndrome dans l'histoire clinique.

Depuis Basedow la plupart des auteurs y ont eu recours. Trousseau employait généralement la teinture de digitale dont il vante les effets : « suivant nous

a-t-il écrit, le goitre exophtalmique est une névrose qui porte principalement sur le cœur et le système artériel susdiaphragmatique. Ayez donc recours au sédatif par excellence de la circulation : la digitale ».

Tous les observateurs ne partagent pas l'avis de Trousseau.

Mœbius pense qu'on est en droit d'attendre quelque succès de la digitale seulement dans les cas où la tachycardie basedowienne cache une lésion organique des orifices cardiaques.

Le Professeur Charcot préconisait la digitale sous forme de teinture éthérée à la dose de 20 à 30 gouttes quotidiennement, dix jours de suite par mois.

M. Joffroy précise bien l'indication véritable de la médication par la digitale dans le syndrome de Basedow. « En dehors d'une affection organique du cœur, la digitale peut être utilisée si la tachycardie s'exagère tellement qu'il en résulte une véritable asystolie ». C'est dans de semblables conditions en effet que nous avons vu survenir des améliorations surprenantes.

La dose à employer dans l'asystolie des basedowiens est une condition importante sur laquelle insistait notre maître M. Brault.

Les doses timides ici ont peu de chances de succès : notre observation XXVII nous en donne un exemple frappant. A plusieurs reprises, en pleine asystolie la malade avait été mise, en ville, au traitement par la digitale : des doses de 15 à 20 gouttes de teinture ou de 0 gr. 30 de poudre de feuilles,

pendant trois jours, ne produisirent aucune amélioration sensible ; une seule fois, avant l'entrée dans le service, il y eut un succès : l'ordonnance de cette époque conservée nous apprend que la digitale avait été administrée à la dose de 2 gr. 50 de poudre (en tout), en l'espace de cinq jours.

Trousseau dans les cas urgents ne craignait pas de donner jusqu'à 100 gouttes de teinture en 10 heures.

*
* *

Chez nos deux malades, l'hydrothérapie nous a paru une ressource précieuse.

La pratique en est facile et peut être confiée à l'entourage de la malade moyennant quelques conseils. Nous avons toujours évité la douche de plein jet à cause de son effet véritablement traumatique sur la sensibilité exagérée d'une basedowienne.

Pour la même raison nous n'avons pas employé d'emblée l'eau à basse température.

Le procédé le plus simple et le plus avantageux est encore celui du « tub », les ablutions étant faites à l'éponge avec de l'eau progressivement refroidie de 30° à 20° ou 15°, en deux séances quotidiennes, chaque fois pendant une minute.

*
* *

Chez une de nos malades, dans un état de cachexie accentué, encore augmenté rapidement par l'em-

ploi de tablettes de corps thyroïde, le cacodylate de soude en injections intra musculaire de cinq centigrammes par jour, par série de 10 jours, améliora d'une façon notable l'état général, les fonctions digestives surtout bénéficièrent du traitement et en un mois, la malade augmenta son poids de 3 kg.

*
* *

Nous voulons en terminant consacrer quelques lignes à l'électrothérapie dans la maladie de Basedow : nous sommes reconnaissant à MM. les Drs Delherm et Laquerrière, d'avoir bien voulu nous faire part des résultats de leur pratique électrothérapique.

« Dans la maladie de Basedow, dit le Pr Joffroy, l'électricité a donné des guérisons et des améliorations considérables ».

Judicieusement employée, elle a, sur les autres procédés, l'avantage de ne produire aucun mauvais effet, et Gowers, qui n'est pas suspect d'indulgence en faveur de l'électricité, reconnaît que, sous son influence, le pouls se ralentit et que le corps thyroïde diminue de volume.

Le choix de la méthode est important, et comme l'indique M. Joffroy, les bons effets s'obtiennent surtout avec les courants de forte intensité.

On emploiera de larges plaques, bien construites, exactement appliquées.

Plusieurs méthodes ont été utilisées.

M. Vigouroux a surtout préconisé le courant faradique ; d'autres auteurs le courant galvanique.

MM. Laquerrière et Delherm utilisent un mode électrique qui réunit les propriétés de ces deux procédés : c'est le courant ondulatoire dont voici la technique.

1°) Appliquer une large plaque sur la face postérieure du cou. Une deuxième plaque recouvre le corps thyroïde qu'elle dépasse ;

2°) Relier le rôle positif à la plaque postérieure, le pôle négatif à la plaque antérieure ;

3°) Amener progressivement le courant à 30-40 milliampères pendant 5 à 10 minutes ;

4°) Ne pas produire d'interruptions de courant et par conséquent de secousses ;

5°) A la fin de la séance ramener le courant progressivement à 0 ;

L'indication importante est d'atteindre le maximum d'intensité tolérable.

Lorsque le traitement est bien appliqué, en général, on observe les résultats suivants :

La circonférence du cou subit une diminution dès les premières séances.

Les crises de palpitations, l'angoisse perécardiale, et en général les symptômes douloureux sont parmi saphénomènes qui s'atténuent ou disparaissent les premiers.

La tachycardie diminue plus lentement. Il en est de même des sueurs et de la diarrhée.

En somme, au bout d'une quinzaine de jours, il arrive souvent que l'état du malade soit transformé du tout au tout.

En ce qui concerne la guérison complète, si la

méthode compte des insuccès absolus, les auteurs admettent que presque toujours on arrive à une amélioration durable, et dans bon nombre de cas à une guérison définitive qui, pour M. Libotte de Bruxelles, se trouverait dans un tiers des observations.

De ces différents résultats si remarquables obtenus par l'électrothérapie se dégage l'observation suivante :

D'après les expériences de MM. Laquerrière et Delherm, l'électricité semble augmenter les sécrétions en général, celles de la muqueuse intestinale en particulier. L'amélioration obtenue par les courants électriques dans les différentes manifestations basedowiennes et notamment dans la diarrhée, nous apparaît donc comme un fait paradoxal. Il semble entrer en conflit avec l'une des nombreuses théories pathogéniques : celle de l'hyper-sécrétion thyroïdienne, si nous en croyons du moins le vieil adage : *Naturam morborum curationes demonstrant.*

CONCLUSIONS

1°) Les troubles fonctionnels du cœur et des vaisseaux, considérés comme une des principales manifestations de la maladie de Basedow ordinaire, peuvent occuper une place prépondérante dans les formes frustes.

2°) La recherche du syndrome de Basedow est indiquée chez les malades atteints de troubles cardio-vasculaires : tachycardie, arythmie, pouvant aller jusqu'à l'asystolie, quand l'examen clinique n'a pas révélé de lésions causales dans le cœur et les vaisseaux.

3°) Dans la tachycardie et l'asystolie d'origine basedowienne, la digitale est un médicament de choix, à dose élevée. à moins de contrindications spéciales.

Vu : le Président de la thèse,

DEJERINE

Vu : le Doyen ,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- TROUSSEAU. — Cliniques médicales II.
TURGIS. — Thèse Paris 1863.
DAUBRESSE. — Thèse Paris 1883.
MARIE. — Thèse Paris 1883.
BALLET. — Revue médicale 1883.
BALLET. — Semaine médicale 1883.
BALLET. — Société de neurologie 1902.
BRISSAUD. — Leçons 1895.
CHARCOT. — Gazette médicale de Paris 1856.
G. SÉE. — Maladies de cœur.
P. MERKLEN. — Médecine interne 1902.
JOFFROY. — Union médicale 1892.
MERKLEN. — Thèse Paris 1901.
CHAMAILLARD. — Thèse Paris 1902.
GAYME. — Thèse Paris 1898.
BOIX. — Traité Bouchard et Brissaud (inédit).
LIBOTTE. — Société belge de neurologie.
RIVALIER. — Thèse Paris 1888.
CASTAING. — Thèse Paris 1891.
GORDON HILL. — Lancet 1893.
DEBOVE. — Société médicale des hôpitaux 1880-87.
VAQUEZ ET LAUBRY. — Société de neurologie 1902.